第８号様式

障害者自立支援配食サービス事業

廃　止　届

年　　月　　日

（あて先）名古屋市長

住所

氏名

法人の場合は、所在地、

名称及び代表者氏名

次のとおり事業を廃止しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号　　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止した事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 廃止した年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 廃止した理由 | １ 介護保険指定特別給付事業者事業の廃止２ 障害者自立支援配食サービスのみの廃止 |
| 現に配食サービスを受けていた方に対する措置 |  |

注：廃止した日から10日以内に届け出てください。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。